

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

N^o

THÈSE

72

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

LAURENT (Jean-Augustin-Marie)

Né le 18 Juillet 1915, à Pleudantel (Côtes-du-Nord)

CONTRIBUTION A
L'ÉTUDE DE QUELQUES THÉRAPEUTIQUES ACTUELLES
EN PSYCHIATRIE

Président de Thèse : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1939

ANNÉE 1939

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

LAURENT (Jean-Augustin-Marie)

Né le 18 Juillet 1915, à Pleudaniel (Côtes-du-Nord)

CONTRIBUTION A
L'ÉTUDE DE QUELQUES THÉRAPEUTIQUES ACTUELLES
EN PSYCHIATRIE

Président de Thèse : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1939

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	RJUVIERE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	POLONOVSKI
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et hisioire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY-RADOT.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée....	HENRI BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CHIRAY.
Clinique médicale.....	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER
	RATHERY.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
	LAIGNEL-LAVASTINE.
Hygiène et clinique de la première enfance	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies mentales et des ma-	LEMIERRE.
ladies de l'encéphale.....	CUNEO
Clinique des maladies cutanées et syphi-	GOSSET
litiques	GREGOIRE
Clinique des maladies du système nerveux	JENCRMANT.
Clinique des maladies infectieuses.....	VELTER.
Clinique chirurgicale.....	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique ophtalmologique.....	JEANNIN.
Clinique urologique	LEVY-SOLAL.
	MOCQUOT.
Clinique d'accouchements.....	OMBREDANNE.
Clinique gynécologique.....	HARVIER.
Clinique chirurgicale infantile et ortho-	LEMAITPE.
pédie	PIERRE DUVAL.
Clinique thérapeutique médicale.....	M. VILLARET.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	TROISIER.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	MATHIEU.
Clinique propédeutique.....	LAUBRY.
Clinique de la Tuberculose.....	Clovis VINCENT.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-	N...
dulte	
Clinique cardiologique	
Clinique de neuro-chirurgie	
Assistance Médico-Sociale.....	
Professeurs sans chaire.....	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Pathologie chirurgicale.. AMELINE.
 Pathologie médicale BARIETY.
 Pathologie médicale..... BERNARD HENRI.
 Pathologie médicale..... BERNARD ETIENNE.
 Hydrologie..... BESANÇON JUSTIN.
 Bactériologie..... BONNET.
 Pathologie médicale..... BOULIN.
 Pathologie médicale BROUET.
 Histologie BULLIARD.
 Pathologie médicale..... CACHERA.
 Anatomie CORDIER.
 Pathologie médicale COSTE.
 Physique DOGNON.
 Urologie FEY.
 Pathologie chirurgicale.. FUNCK.
 Parasitologie GALLIARD.
 Bactériologie GASTINEL.
 Pathologie chirurgicale.. DE GAUDART D'ALLAINES.
 Physiologie GAYET.
 Pathologie médicale..... DE GENNES.
 Histologie GIROUD.
 Pathologie médicale..... HAGUENAU.
 C'o-rhino-laryngologie .. HALPHEN.
 Anatomie pathologique.. HUGUENIN.
 Hygiène JOANNON.

MM.

Obstétrique LACOMME.
 Obstétrique LANTUEJOL.
 Pathologie médicale..... LAROCHE GUY.
 Parasitologie LAVIER.
 Pathologie médicale LELONG.
 Pathologie expérimentale LEMAIRE.
 Pathologie chirurgicale.. LEVEUF.
 Pharmacologie MME J. LEVY.
 Neurologie et Psychiatrie LEVY-VALENSI.
 Pathologie chirurgicale .. MÉNÉGAUX.
 Pathologie médicale..... MOLLARET.
 Pathologie médicale..... MOREAU.
 Pathologie chirurgicale.. MOULONGUET.
 Pathologie médicale..... MOUQUIN.
 Pathologie chirurgicale.. PETIT-LUT.
 Médecine légale..... PIÉDELIEVRE.
 Obstétrique PORTES.
 Ophtalmologie RENARD.
 Physiologie RICHT.
 Pathologie chirurgicale.. SÉNEQUE.
 Pathologie médicale..... TURPIN.
 Obstétrique VIGNES.
 Pathologie chirurgicale.. WILMOTH.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Pathologie chirurgicale.. ALGLAVE.
 Pharmacologie BUSQUET.
 Physiologie CHAILLEY-BERT.
 Obstétrique GUENIOT.
 Pathologie chirurgicale .. HEITZ-BOYER.

MM.

Pathologie chirurgicale.. LARDENNOIS.
 Obstétrique LE LORIER.
 Parasitologie NEVEU-LEMAIRE.
 Pathologie chirurgicale .. SCHWARTZ.
 Obstétrique VAUDESCAL.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale	BASSET.	} Clinique chirurgicale
AUBERTIN.		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		VELTER.	
PASTEUR-VALLERY- RADOT.			
SEZARY.			
MM.	} Clinique obstétricale..		
ÉCALLE			
METZGER.			

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT, agrégé.
Radiologie clinique.....	LEDOUX-LEBARD.
Stomatologie	RUPPE.
Puériculture	WEIL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MON FRERE AINE

LE DOCTEUR CHARLES LAURENT

Médecin de la Marine

A MES FRERES ET SŒURS

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE

Professeur d'histoire de la Médecine et de la Chirurgie

Médecin des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le très grand
honneur d'accepter la prési-
dence de cette thèse.*

*Hommage de profond res-
pect.*

A MADEMOISELLE LE DOCTEUR ELIZABETH JACOB

Médecin des Hôpitaux psychiâtriques
Médecin-chef de la Maison de Santé de Clermont

*Qui a bien voulu nous sug-
gérer le choix de cette thèse,
nous en a fourni les éléments
et en a suivi l'élaboration.*

*Hommage très reconnaissant
et très respectueux.*

A MESSIEURS LES MEDECINS-CHEFS
DE LA MAISON DE SANTE
DE CLERMONT-DE-L'OISE

MESSIEURS LES DOCTEURS LE MAUX, PIGNEDE,
BRIAU, FAIL, POTTIER, HYVERT

Médecins des Hôpitaux psychiâtriques

A MES CAMARADES D'INTERNAT DE CLERMONT



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

« Les autres animaux, trop plus que nous heureux,
Vivent sans médecins, et n'ont que faire d'eux,
Qui n'ont rien de certain qu'une règle commune,
C'est de tuer par art et guérir par fortune. »

La malédiction du poète pleurant la mort d'une gente Demoiselle victime d'une malencontreuse saignée, ne trouve guère aujourd'hui d'écho sérieux. Mais si elle n'est plus d'actualité en ce qui concerne la médecine en général, il n'en va pas de même quand il s'agit de la médecine mentale qu'entoure encore un discrédit qui nous paraît exagéré et injustifié. Oh ! certes il n'est pas besoin de remonter bien loin le cours des temps pour trouver une époque où les malheureux aliénés avaient à peine leur subsistance assurée, et, plus près de nous encore, c'était hier ! les médecins spécialisés se contentaient le plus souvent de protéger leurs malades de la pluie, de la neige, de la bise et des frimas et laissaient faire au temps ce « grand médecin » son œuvre de guérison, ou plus souvent hélas de destruction.

Aujourd'hui les maladies mentales sont traitées comme les maladies physiques. Ces dernières années

en particulier ont vu s'épanouir une floraison de thérapeutiques nouvelles parmi lesquelles nous avons choisi quelques-unes pour sujet de cette thèse.

Ce choix nous a été suggéré par Mademoiselle le Docteur Jacob, médecin des hôpitaux psychiatriques qui nous en a fourni les éléments principaux et les observations. Nous avons eu l'honneur de collaborer avec elle en qualité d'interne pendant une année à Clermont-de-l'Oise, du moins dans la réalisation et l'application pratique de ses conceptions thérapeutiques si intéressantes.

Il n'entre certes pas dans nos intentions de faire une étude approfondie de toutes les thérapeutiques utilisées aujourd'hui en psychiatrie, œuvre qui dépasserait singulièrement le cadre de cette thèse et les moyens dont nous disposons, mais d'apporter à l'aide de quelques observations la preuve évidente de l'intérêt des principales thérapeutiques préconisées à l'heure actuelle.

Il faut traiter les aliénés et les traiter selon les syndromes qu'ils présentent. Ici, plus encore que pour les maladies physiques chaque malade pose un problème différent et demande une thérapeutique appropriée à son cas.

Mais la médecine psychiatrique se heurte à de nombreux obstacles que ne connaît pas la médecine somatique. A part quelques affections bien classées dont nous ne voulons pour type que la paralysie générale, elle ne peut pour ainsi dire jamais s'appuyer sur des bases cliniques stables et encore moins sur des don-

nées biologiques. Rien dans le sang, rien dans le liquide céphalo-rachidien, ou du moins rien de spécifique, rien qui signe la nature de la maladie, qui montre l'activité du traitement. En outre, un diagnostic souvent imprécis comme les affections mentales elles-mêmes, une terminologie aux mille nuances, il est bien certain que la thérapeutique ne peut la plupart du temps s'attaquer aux racines d'un mal que le clinicien ne peut mettre au jour.

Dans cette impasse, il était naturel que les premiers chercheurs, s'appuyant justement sur ce qui est palpable et rapprochant dans leur esprit les maladies physiques des maladies mentales, fussent frappés de l'antagonisme existant entre certains syndromes psychopathiques et de nombreuses affections intercurrentes.

L'idée directrice des thérapeutiques nouvelles était née : agir sur le connu pour réagir sur l'inconnu, provoquer en somme « des réactions biologiques substitutives ». L'ensemble de ces tentatives se réclame du mécanisme encore mystérieux du « choc » thérapeutique : et c'est l'abcès de fixation ancêtre des traitements pathogéniques, puis grâce aux enseignements qu'on en retire les diverses méthodes de pyrétothérapie proprement dite, l'huile soufrée de Schreder, le nucléinate de soude, le pyrifère, les préparations vaccinales diverses, la malariathérapie qui a transformé le pronostic des démences paralytiques, les sérums animaux, les injections de lait et celles de peptone intradermique qui jouissent toujours d'une certaine faveur.

Quelques auteurs ont essayé de découvrir une étiologie et le traitement qu'elle comporte. M. Baruk en particulier a pu déceler des psychoses colibacillaires et les traiter avec succès par le sérum de Vincent, méthode très intéressante, certes, chez beaucoup de malades, mais il n'en reste pas moins vrai que dans la grande majorité des cas le problème est beaucoup plus d'ordre pathogénique que d'ordre étiologique et que la thérapeutique devra essayer de le résoudre dans ce sens.

Sans nous arrêter à ces diverses méthodes que nous n'avons fait que citer, nous nous bornerons à étudier :

I) *l'insulinothérapie* de M. Sakel ;

II) *la cardiazolthérapie* de Von Meduna ;

III) *les préparations infinitésimales et le sérum humain épiverteur* de M. P. Doussinet et Mlle El. Jacob.

D) L'INSULINOTHERAPIE

Il s'agit là d'une thérapeutique particulièrement délicate à réaliser, réclamant un personnel très averti et une surveillance médicale constante. Ceci n'a rien qui doive surprendre, car on sait que déclencher un coma hypoglycémique n'est pas sans danger.

LES INDICATIONS

Ce sont principalement les états de démence précoce, schizophrénie, hébéphreno-catatonie, forme paranoïde. Pour certains auteurs, l'indication serait « fixée par la constatation de quelque symptôme discordant » qui aurait « la valeur d'un signal d'alarme ». Ce sont encore certains états de mélancolie à forme chronique.

Il est évident qu'un examen complet doit montrer un état de santé physique assez satisfaisant chez les malades justiciables de la méthode.

LA TECHNIQUE

La technique la plus couramment utilisée est celle de Müller : Il s'agit de trouver la dose optima du coma.

Pour cela, au sujet à jeun, l'on injecte par voie sous-cutanée 15 unités cliniques d'insuline. On progresse de 5 unités par jour et après une série de « chocs humides » on arrive d'ordinaire au-dessus de 40 unités au « coma-limite » qu'il est nécessaire et suffisant d'obtenir.

Les doses extrêmes sont de 30 et 130 unités, la dose moyenne de 70 à 80.

Le malade est laissé durant 4 à 5 heures en état d'hypoglycémie. L'arrêt est obtenu par l'ingestion à la sonde nasale de 200 grammes environ de glucose. Un jour de repos est ménagé par semaine et la durée moyenne du traitement est de 40 à 50 jours avec une douzaine de comas.

L'infirmier doit au cours du traitement se tenir prêt à toute éventualité, vérifier le pouls, la tension artérielle, la respiration, pouvoir injecter par voie intra-veineuse coramine, adrénaline, lobéline, sérum glucosé, selon l'indication. Enfin il doit avoir sous la main thé sucré, bock et sondes œsophagiennes pour pratiquer le gavage interrupteur.

DÉROULEMENT DU « CHOC INSULINIQUE »

Étudions brièvement le choc lui-même : Il débute par une phase d'apathie et de somnolence qui « correspond au « choc humide » et dure environ trois quarts d'heure. Puis se manifeste un syndrome d'excitation psycho-motrice auquel succèdent des mouvements hyperkénétiques pouvant affecter divers

types, en particulier hystérique et catatonique : manifestations passionnelles, pitreries, impulsions à grand effet, éclats de rire, stéréotypies.

L'on observe, vers la troisième heure, une phase d'un genre très particulier : le malade « gigote », pousse des cris spasmodiques, présente de l'hyperflexion des doigts, des mouvements de préhension des objets. Il mime la succion, les baisers, la moue. Il prend en somme le « comportement bébé ».

C'est vers la quatrième heure environ que s'installe le coma dont on connaît les signes principaux : l'immobilité, l'inconscience, le stertor et les modifications du tonus et des réflexes, en particulier signe de Babinski avec extension de la zone réflexogène du cutané-plantaire et triple retrait des membres inférieurs. Mentionnons enfin l'hypothermie qui est de règle et d'autant plus basse que le coma est plus profond.

LES ACCIDENTS

On peut observer divers accidents, mais en général bénins et facilement jugulés par une thérapeutique appropriée et immédiate : des crises épileptiques arrêtées par l'adrénaline et le glucose, des spasmes de la glotte qui cèdent aussi à l'adrénaline, rarement des vomissements justiciables du sulfate d'atropine surtout fait à titre préventif. Enfin la coramine rendra les plus grands services en permettant le traitement insulinique des petits cardiaques.

LES RÉSULTATS

N'ayant pas eu l'occasion d'éprouver nous-mêmes cette méthode, nous nous appuyons, sans produire d'observations, sur l'expérience de quelques éminents psychiatres. Les uns, les plus nombreux, avec MM. les professeurs Claude, A. Legrand, Fribourg-Blanc, lui sont favorables, quelques autres, avec MM. Barbé et Benon, contestent les résultats obtenus. A l'appui des premiers, les statistiques de Müller vont de 40 à 63 % de rémissions complètes selon l'ancienneté de la maladie. « A notre avis, disent MM. Desruelles et Choplin, la cure des psychoses par les comas insuliniques, avec les modifications techniques qu'elle a subies depuis la découverte de Sakel, est une méthode qui tend à devenir classique et elle s'est révélée comme la plus féconde en résultats parmi les thérapeutiques des états schizophréniques ». Ces mêmes auteurs insistent aussi sur la nécessité de joindre à l'insulinothérapie la psychothérapie qui en est le complément indispensable « favorisée d'ailleurs par l'exaltation de l'affectivité et de la sensibilité au réveil » et ils déplorent enfin qu'une telle méthode ne puisse être pratiquée sur une large échelle par suite des grosses dépenses qu'elle rend nécessaires.

II) LA CARDIAZOLTHERAPIE

De même que pour l'insuline, il faut encore parler de « choc » thérapeutique à propos du cardiazol. Là, on provoquait le coma hypoglycémique, ce qui ne laisse pas d'être impressionnant ; ici, le médecin voit se produire, immédiatement après son geste, une véritable crise d'épilepsie dont il se sent directement responsable. Thérapeutique bien audacieuse dont on ignore tout le mécanisme. A peine certains auteurs ont-ils hasardé quelques hypothèses : M. le professeur Laignel-Lavastine et ses collaborateurs, s'appuyant sur l'expérimentation et sur la clinique, l'assimilent au choc adrénalinique. « Si, disent-ils, l'on retient les points essentiels suivants : élévation de la tension artérielle, hyperglycémie, modification de la formule sanguine, mydriase, horripilation plus ou moins généralisée, il saute aux yeux que l'injection intra-veineuse de cardiazol provoque des réactions identiques au choc adrénalinique. Le cardiazol agit-il directement, c'est probable : mais la similitude du choc par le cardiazol et du choc par l'adrénaline est intéressante à noter ». Voir une analogie n'est évidemment

pas expliquer et le mécanisme de l'action curative n'en reste pas moins obscur.

M. Hyvert « a l'impression d'assister à une véritable mobilisation d'éléments ankylosés (rupture de barrières synaptiques) ». Cette hypothèse, pour séduisante qu'elle soit, ne peut, elle non plus, que rester hypothèse devant la faiblesse de nos moyens d'investigation actuels.

Thérapeutique audacieuse, thérapeutique mystérieuse, l'audace du médecin qui déclenche ce déchaînement de forces obscures, est-elle au moins récompensée ? Nous pouvons répondre : oui et souvent, s'il sait en voir les indications.

LES INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

Elles ont été, elles aussi, déterminées par l'expérience thérapeutique. Or, les résultats obtenus nous montrent que la méthode convulsivante agit surtout dans les états confusionnels et aussi dans certains états de démence précoce ou de schizophrénie à leur début ; mais d'autre part les accès maniaques et mélancoliques en sont également justiciables.

Nous devons maintenant dire un mot des contre-indications à cette thérapeutique. Elles sont posées par les effets mêmes du choc cardiazolique et seront avant tout d'ordre circulatoire : au premier chef l'hypertension forte, puis les lésions valvulaires décompensées, les myocardites avec altérations du tracé électro-cardiographique. Au point de vue pulmonaire,

la tuberculose interdit la méthode et tout malade suspect devra nous inciter à la prudence avant d'instituer le traitement cardiazolique.

C'est dire qu'il faudra procéder avant de commencer la cure à l'examen complet du malade : prendre la tension artérielle, faire établir autant que possible un électro-cardiogramme, ausculter cœur et poumons avec soin et en cas de suspicion demander un examen radioscopique ou mieux un cliché, faire aussi le bilan rénal, surtout au point de vue sucre et albumine, vérifier les fonctions digestives, établir une courbe de poids.

L'ASSOCIATION CARDIAZOL-CHRYSOThÉRAPIE

M. Hyvert, dont nous avons fréquenté le service à la Maison de Santé de Clermont et à qui nous devons les observations qui vont suivre, préconise d'associer Chrysothérapie et Cardiazolthérapie dans les états de démence précoce. Le cardiazol aura souvent raison de la résistance ou de la paresse de certains malades à réagir aux sels d'or et d'autre part les sels d'or empêcheront ou juguleront les rechutes très fréquentes à la suite du traitement par le cardiazol.

CONDUITE DU TRAITEMENT

La courbe de température donne de précieuses indications, et avec M. Hyvert nous les préciserons ainsi :

1) Malade subfébrile. — Pendant un mois environ,

on lui administre 40 à 50 centigrammes de sels d'or en solution huileuse. Puis tout en continuant ce traitement, l'on fait une série de cardiazol jusqu'à rémission apparente. Les sels d'or sont poursuivis pendant des mois jusqu'à obtention d'une température normale.

S'il y a tendance à la rechute, le cardiazol est remis en action à raison d'une injection par semaine jusqu'à résultat favorable.

2) Malade apyrétique. — Le cardiazol est immédiatement mis en action. Si la courbe thermique reste normale après l'obtention du résultat, le malade ne rechute pas et l'on doit interrompre tout traitement.

Si la courbe montre au contraire un état subfébrile persistant réveillé par le cardiazol, on agira comme dans le premier cas envisagé.

LA TECHNIQUE ET LES DOSES

La technique n'est autre que celle d'une intra-veineuse ordinaire. Disons seulement que le malade placé en chambre particulière doit être à jeun et couché et que l'injection doit être poussée aussi rapidement que possible. Cette dernière condition, nous avons pu le remarquer nous-mêmes, a son importance pour obtenir la crise. Un rouleau de gaze glissé entre les mâchoires au début de la crise permet d'éviter les morsures de la langue.

Les doses sont essentiellement variables avec chaque malade sans qu'on puisse les déterminer à l'avance.

ce à l'aide des données physiques : âge, poids ou sexe. L'on commence d'ordinaire à 4 ou 5 centimètres cubes de la solution à 10 %. Parfois il faudra monter jusqu'à 8, 9, 10 centimètres cubes et même au delà pour obtenir un résultat.

Les injections sont pratiquées régulièrement à jours et heures fixes trois fois par semaine. Toutes doivent déterminer la crise ; sinon le malade restera toute la journée dans un état d'anxiété et de malaise très pénible accompagné souvent de céphalée tenace.

On est donc parfois amené à recommencer une injection à dose supérieure et en visant à une plus grande rapidité.

LA CRISE

Elle commence presque immédiatement après l'injection, la période de latence parfois à peu près inexistante n'excédant jamais quelques dizaines de secondes. Durant cette période, le malade reste immobile, inquiet, hébété, les yeux fixes et nous avons eu l'occasion d'observer la plupart du temps quelques secousses de toux.

La crise se présente ensuite comme une banale crise comitiale avec phase tonique, phase clonique et stertor. Parfois se produit une phase d'apnée assez longue pour nécessiter des manœuvres de respiration artificielle, mais le fait est en somme assez rare.

Le retour à la conscience se fait lentement et le malade ne garde aucun souvenir de sa crise.

LES RÉSULTATS

Observations (dues à l'obligeance de M. le Dr HYVERT)

1) Mlle Katarzyna M..., 29 ans.

Confusion mentale avec signes de dépression.

Internement à la maison de santé de Clermont le 31 décembre 1938, trois mois environ après le début des troubles.

Reçoit à partir du 6 mars 1939 deux fois par semaine, par voie intra-veineuse, 5 cc., puis 6 cc. de Cardiazol. Jusqu'à la 10^e injection, aucun changement n'est noté, la malade reste confuse et demande continuellement « qu'on lui coupe la tête ». Elle s'alimente irrégulièrement. Elle a maigri de 3 kilos.

6 avril : 7 cc. de cardiazol.

Cette injection est suivie d'une modification du comportement et de l'humeur. La malade est plus gaie, elle s'alimente et demande à s'occuper.

A ce traitement est alors adjointe une injection intra-musculaire hebdomadaire de myochrysine.

18 mai : L'amélioration s'accroît progressivement. La 16^e et la 17^e injection de cardiazol n'ont pas provoqué de crise convulsivante. Ce traitement est alors suspendu. Seules sont poursuivies les injections de myochrysine.

La malade sort améliorée le 18 juin 1939.

2) Mme Bérangère Du..., 25 ans.

Confusion mentale post-puerpérale.

Internée à Clermont le 22 avril 1939.

Traitée à partir du 7 mai : une injection hebdomadaire de myochrysine.

A partir du 18 mai : 5 cc. intra-veineuse de cardiazol.

Jusqu'à la 12^e injection de cardiazol, la malade reste confuse, désorientée, agitée par intervalles, elle tient des propos incohérents, dort peu.

A partir de la 13^e injection se produit une modification sensible du syndrome. Peu à peu la malade se calme, s'alimente et dort mieux.

Le 12 juillet 1939, elle sort en congé d'essai transformé le 24 août en sortie définitive.

3) Mme Eugénie Th..., 42 ans.

Mélancolie anxieuse avec idées délirantes. Tentatives de suicide. Internée le 22 mars 1937 à Clermont.

L'état mental reste sans changement jusqu'en janvier 1939. Vers février 1939, une légère amélioration s'ébauche ; la malade est toujours déprimée, mais elle paraît moins anxieuse et commence à s'occuper. L'alimentation et le sommeil restent irréguliers.

A partir du 20 mars 1939, elle reçoit deux injections hebdomadaires de cardiazol.

Vers la 4^e injection, l'amélioration s'accroît : la malade est moins déprimée, le goût à la vie revient avec l'appétit.

Elle reçoit au total 10 injections de cardiazol.

Le 14 mai 1939 : sortie d'essai dont les résultats ont été satisfaisants.

4) Mme Marguerite Lem..., 25 ans.

Etat confusionnel d'aspect schizophrénique.

Internée le 18 décembre 1938.

La malade présente des phases d'excitation avec propos incohérents et vagues idées délirantes, craintes d'empoisonnement alternant avec des phases de mutisme.

Janvier 39 : calme, rires immotivés, vagues idées délirantes.

4 mars 39 : reste calme, sourires discordants, inactivité.

9 mars 39 : première injection de cardiazol.

Modification à partir de la 9^e injection : ébauche d'activité.

31 mars 1939 : association de la chrysothérapie au cardiozol.

20 avril : peu de modification.

5 mai : l'amélioration se précise.

13 mai : congé d'essai.

Dans sa famille, la malade a continué à s'améliorer.

5) Mlle Marcelle Bi..., 35 ans.

Confusion mentale d'allure schizophrénique avec anxiété, idées délirantes polymorphes, propos stéréotypés et monotones.

Internée le 5 mai 1938.

19 mars 1939 : chrysothérapie associée le 6 avril au cardiazol.

Après la 5^e injection de cardiazol, modification des troubles mentaux : disparition de l'anxiété et retour

d'une certaine activité. En même temps modification de l'état général et reprise du poids.

Amélioration progressive jusqu'à la sortie d'essai le 28 mai 1939, après 7 injections de cardiazol et 12 injections de myochrysine.

Sortie définitive le 12 juillet.

6) Mme Germaine Bo..., 41 ans.

Etat dépressif atypique. Tristesse profonde. Anxiété. Hallucinations auditives. Interprétations, refus d'aliments, idées et tentatives de suicide par strangulation. Pas de ralentissement idéo-moteur. Début en février 1938.

1^{er} avril 1939 : Reçoit 2 injections de myochrysine par semaine.

23 avril : première injection de cardiazol, 5 cc.

24 avril : la malade est déjà moins négativiste, elle s'alimente mieux et dit avoir été « troublée ». Retour d'une certaine activité.

6 mai : amélioration progressive, disparition de l'anxiété et des troubles hallucinatoires. La malade s'occupe régulièrement. Augmentation progressive du poids.

24 mai : à la 8^e injection le cardiazol est arrêté. On continue la myochrysine à raison d'une injection hebdomadaire.

24 juillet : sortie d'essai dont les résultats ont été satisfaisants.

Nous avons pu nous-mêmes observer de nombreuses malades soumises au traitement combiné, cardiazol et sels d'or, et constater les améliorations et les guérisons obtenues.

Il est certain que la méthode rencontre aussi des échecs complets, que parfois des rechutes peuvent se produire ; mais ces quelques observations auxquelles nous aurions pu en ajouter d'autres semblent suffisantes pour en montrer l'intérêt.

III) LES PREPARATIONS INFINITESIMALES

ET

LE SERUM HUMAIN

Nous avons étudié jusqu'ici deux méthodes thérapeutiques qui, agissant chacune par un mécanisme uniforme, choc insulinique ou choc cardiazolique, veulent guérir divers syndromes mentaux. Nous abordons maintenant une thérapeutique qui, elle, au contraire, sera *spécifique* et proposera pour chaque syndrome et presque pour chaque malade une médication différente qualitativement et quantitativement, utilisant à cet effet trois sortes de préparations. C'est là une méthode que nous avons eu davantage l'occasion d'expérimenter nous-mêmes et sur laquelle nous nous étendrons plus longuement.

Elle non plus ne se réclame pas de bases scientifiquement établies pour attaquer tel ou tel mal dans ses sources profondes. L'observation et l'expérimentation ont présidé à sa naissance, l'observation et l'expérimentation la font chaque jour se perfectionner à l'aide des données qu'apportent les résultats du jour précédent.

Il ne s'agit plus ici d'agir par un choc brutal mais d'amener le malade pour ainsi dire pas à pas vers la

guérison en l'aidant à progresser lui-même dans ce sens par une médication appropriée, soufre, or ou arsenic à l'état colloïdal.

Le soufre agit électivement sur l'excitation maniaque, l'or sur les syndromes dépressifs à forme mélancolique et l'arsenic dans les dépressions à forme d'asthénie, dans les psychoses obsessionnelles et la névrose d'angoisse.

Les actions de l'or et de l'arsenic semblent à première vue très voisines mais il est remarquable qu'employés isolément dans les formes mixtes où se mêlent l'asthénie et les troubles mélancoliques, ils agissent électivement sur des symptômes différents. Les auteurs de la méthode, M. P. Doussinet et Mlle El. Jacob, citent l'exemple frappant d'une malade qui disait le surlendemain d'une injection d'arsenic : « Mes angoisses ont disparu, mon cœur ne bat plus, je n'ai plus d'idées fixes, mais je suis toujours anxieuse ». Et le surlendemain d'une injection d'or : « Je ne suis plus anxieuse, mais mes angoisses sont revenues ».

La notion de spécificité médicamenteuse semble donc bien établie. Est-ce à dire qu'elle soit absolue et que chaque préparation soit indiquée dans un seul ordre de cas et contre-indiquée dans tous les autres ? Non, certes, et l'expérience encore a montré que si par exemple le soufre a surtout pour domaine de prédilection l'excitation maniaque, il peut aussi rendre des services appréciables dans certaines formes d'asthénie et dans la démence précoce. Et ce

qui est vrai pour le soufre l'est encore plus pour l'or et l'arsenic.

Mais comme toutes les thérapeutiques, ces trois médicaments, même très judicieusement utilisés, chacun dans leur sphère d'action particulière, rencontrent pourtant des fortunes diverses suivant les malades et ces variations ne sont évidemment imputables qu'au terrain. Chaque malade présente en effet une personnalité morbide différente de celle du voisin, même si les syndromes semblent identiques : il y a l'âge, il y a le tempérament, l'état de repos ou de fatigue, les antécédents héréditaires et personnels plus ou moins lourds, la résistance organique plus ou moins grande.

Les auteurs de la méthode ont en outre insisté sur un autre facteur qui est loin d'être négligeable pour la bonne conduite et le succès du traitement : le choix du moment propice pour intervenir. Comme l'enfant qui s'amuse à la balançoire doit donner juste à temps l'impulsion nouvelle qui le fera repartir de plus belle, de même le thérapeute doit attendre et guetter l'heure favorable pour faire entrer en jeu l'arme thérapeutique.

A la période prémonitoire de l'accès, les troubles peuvent être jugulés par la médication appropriée et à doses indiquées. A la période d'état, l'action médicamenteuse est souvent nulle. C'est au décours de l'accès qu'elle se montre le plus efficace. D'autre part, dans les intervalles d'accès, les préparations infinitésimales possèdent de remarquables propriétés préven-

tives permettant d'éviter les rechutes des malades « périodiques ».

Ces constatations et l'expérience clinique qui les a suivies ont montré aux auteurs que les doses elles-mêmes devaient varier et cela dans des proportions considérables pour permettre le traitement du début et celui de la période d'état que réclament la logique et le simple bon sens aussi bien que l'esprit médical. Il faudra par exemple, pour traiter la période d'état, abaisser les doses au cinquantième de celles utilisées dans l'intervalle des accès.

Ce sont ces différences énormes dans la posologie pour obtenir des réactions favorables aux médicaments, qui ont conduit M. P. Doussinet et Mlle El. Jacob, prenant toujours pour guide l'observation et la clinique (surtout celles des périodiques), jusqu'aux préparations infinitésimales. Pour en arriver à ce stade, ils ont d'abord institué un traitement à doses relativement élevées chez les périodiques en état de rémission. Citons leurs propres paroles :

« Chez un certain nombre de ces malades à rythme périodique particulièrement régulier, la preuve de l'efficacité du traitement préventif à doses relativement élevées est obtenue après deux et même trois années de rémission complète.

« Chez des malades cliniquement analogues, par contre, l'effet bienfaisant du traitement ne s'est pas entièrement vérifié. Avec les petits signes prémonitoires de la rechute réapparaît la susceptibilité médicamenteuse et avec elle l'effet nocif du traitement. »

Et la conclusion de ces observations :

« Ces faits nous ont conduits à préférer les doses adaptées aux possibilités réactionnelles les plus basses, et par conséquent en mesure de faire face à toutes les vicissitudes d'oscillations incoercibles ».

Les injections de soufre, d'or ou d'arsenic infinitésimal déclenchent fréquemment des réactions spéciales telles que frisson et crochet thermique, arthralgie ou bien poussées légères d'azotémie, d'acétonurie, de glycosurie, de bilirubinurie. Tandis que les premières semblent présager une amélioration, les secondes s'accompagnent d'une recrudescence des troubles mentaux et signifient réaction organique défavorable, posologie trop élevée.

Des travaux antérieurs ayant montré aux auteurs certaines actions favorables du sérum humain normal, ils ont pensé à l'utiliser comme véhicule des réactifs infinitésimaux afin de supprimer si possible les réactions d'intolérance. L'expérience a pleinement répondu à leurs espoirs. Poursuivant leur expérimentation thérapeutique, ils ont pu voir que le sérum du malade lui-même déclenche les signes d'intolérance, tandis que « le sérum d'un sujet ayant déjà réagi favorablement au réactogène s'affirmait comme étant le véhicule idéal, comme s'il apportait réellement les éléments de réaction normale dont l'organisme du psychopathe se trouverait dépourvu ».

Au sérum humain, les auteurs ont ajouté comme véhicule, et toujours dans le même dessein de combattre les intolérances viscérales, de suppléer à « ces

éléments défaillants chez le psychopathe » les extraits hépatiques et rénaux.

Terminons cet exposé en leur empruntant ce passage qui nous montre leur conception thérapeutique appuyées sur deux ordres de considérations :

« Les premières tenant à la drogue dont l'emploi doit être limité à une catégorie de troubles pour lesquels elle présente une activité élective qui doit être utilisée à la dose infinitésimale correspondant au degré de tolérance le plus bas de l'organisme en cause.

Les secondes ayant trait au terrain, à sa pauvreté en substances protectrices et à la conséquence qui paraît en découler, l'aptitude aux réactions à type de déficits viscéraux fonctionnels, nécessitant l'usage de véhicules médicamenteux protecteurs, soit sérum humain normal et mieux, sérum enrichi en substances protectrices spécifiques ; soit extraits endocriniens adaptés aux types particuliers de réaction déficitaire : extrait rénal et, plus fréquemment encore, extrait hépatique ».

En un mot, thérapeutique spécifique et thérapeutique préparée et pour ainsi dire digérée par avance pour le malade.

LES DOSES. LES INDICATIONS.

L'unité clinique adoptée est le centième du milligramme qui correspond en général au degré de tolérance des sujets en période de rémission. Dans cette phase on peut aller jusqu'à 5 unités cliniques. Les traitements curateurs et d'entretien au contraire admet-

tent comme doses quotidiennes des solutions de 1/16 ou 1/32 d'unité clinique.

La voie parentérale est seule utilisée, intramusculaire pour les solutions infinitésimales avec ou sans extraits glandulaires, intra-veineuse quand le réactogène est véhiculé par le sérum humain.

Nous avons eu déjà l'occasion de parler des indications. Précisons-les encore.

L'indication majeure du soufre est l'excitation maniaque. Toutefois il rencontre aussi des résultats très satisfaisants dans le traitement curateur de l'hébéphreno-catatonie.

L'or s'adresse aux troubles de la série mélancolique, donc aussi aux manifestations dépressives de la psychose intermittente.

Quant à l'arsenic infinitésimal, ses indications moins précises semblent être surtout les troubles de la série psychasténique et certains états émotionnels. Il peut en outre remplacer l'or dans certains états dépressifs où celui-ci ne réussit pas.

Observations

(dues à l'obligeance de Mlle le Docteur JACOB)

1) SOUFRE INFINITÉSIMAL.

Mlle Janina Tas..., 25 ans.

Excitation maniaque, 1^{er} accès.

Mobilité de l'attention. Cris, chants, propos sans suite, désordre des actes. Violences. B. W. négatif dans le sang. L. C. R. : normal.

Internée à Clermont. D'abord laissée sans traitement la malade ne présente aucune modification.

Traitée alors par des injections de Psychobiasés de soufre $1/32$ d'unité, 3 fois par semaine par voie intramusculaire. Au bout d'un mois le syndrome ne présentant pas de changement notable, la dose est modifiée : $1/16$ d'unité 3 fois par semaine.

Quelques jours après, 14 avril 1939, l'amélioration apparaît, la malade commence à s'intéresser à l'environnement, elle ne déchire plus son linge, l'agitation tombe ; on note l'ascension de la courbe de poids. Peu à peu une activité cohérente réapparaît, la malade devient propre et même coquette.

Le traitement est continué.

Le 20 juin 39, la sortie définitive peut être accordée.

Mlle Marie-Louise Le G., 15 ans.

Psychose hébéphrénique avec état d'excitation psycho-motrice, signes confusionnels, rires immotivés, propos incohérents, désordre des actes, violences. Aménorrhée. Apyrexie.

Internée à Clermont le 16 janvier 1939.

Traitée quelque temps après par 3 injections hebdomadaires de psychobiasés de soufre $1/32$ d'unité.

Un mois et demi après, la malade se montre moins bruyante, moins violente, elle n'est plus continuellement agitée et présente dans la journée quelques heures calmes. Elle reste encore confuse.

Début avril 39. L'amélioration se précise, les signes

confusionnels disparaissent. Quelques souvenirs sur le début de la maladie reviennent. L'agitation a disparu.

Début mai : Marie-Louise Le G... reste calme, mais un peu apathique ; elle parle peu, ne s'occupe pas. Aménorrhée persistante.

1^{er} juin : L'amélioration est nette, la malade s'occupe régulièrement, n'extériorise aucune idée délirante.

15 juin : Elle est considérée comme à peu près guérie, mais gardée en observation, sa mère ne pouvant immédiatement s'occuper d'elle.

5 août : Réapparition des règles.

Etat mental et général satisfaisants.

Sortie peu de temps après.

Mme Lama Des..., 24 ans.

Etat excito-confusionnel post-puerpéral. Crainte d'évolution vers la démence précoce. Coprophagie. Impulsions. Insomnie. La malade reste cachée sous ses couvertures ou se montre d'une violente agitation. Aménorrhée.

Un traitement est institué.

Psychobiases de soufre 1/16 d'unité plus 1 cc. de Perglandène hépatique, trois fois par semaine.

Dès la première injection se manifeste une modification notable : la malade est calme et dort bien.

Le lendemain les troubles réapparaissent.

Après chaque piqûre, la malade se montre calme,

cohérente. A la 10^e injection, l'extrait hépatique doit être supprimé car il manque.

Le soufre non véhiculé par cet extrait hépatique va se montrer moins actif dans cette psychose d'allure sévère. C'est ainsi que la malade va traîner, l'amélioration va se préciser lentement.

Huit mois après néanmoins, la malade est complètement réintégrée, les règles réapparaissent et elle sort guérie.

Elle suit au dehors un traitement à titre prophylactique.

2) OR INFINITÉSIMAL

Mme Sidonie Vig..., 44 ans.

Etat dépressif avec anxiété, découragement, crainte de la faillite, idées de ruine, dégoût de la vie. Deux tentatives de suicide.

Internée à Clermont le 7 mars 1939.

9 mars 39 : On commence un traitement à raison de trois injections par semaine de Psychobiasés d'or 1/16 d'unité. Dès la 3^e injection, la dépression s'estompe.

11 avril : La malade est gaie, s'occupe.

20 mai 39 : Elle sort guérie.

Mme Marie Du..., 41 ans.

Dépression mélancolique avec tristesse, anxiété. Auto-dépréciation. Auto-accusation. Hallucinations auditives.

Début en janvier 1939. Internée à Clermont le 21 mars 39.

27 mars : Traitement : Psychobiasés d'or 1/16 d'unité, trois fois par semaine.

Amélioration notable dès la 3^e injection.

Le 17 avril : Alors que la malade était très améliorée, apparaît un épisode entéritique suivi au bout de quelques jours d'une rechute des troubles mentaux d'une durée de trois semaines.

23 juin : La malade s'occupe régulièrement, ne présente plus aucun signe de dépression mélancolique. Elle se distrait, sort en ville.

Sortie définitive quelque temps après.

Mme Françoise Col..., 47 ans.

Etat dépressif avec anxiété, hallucinations, idées de persécution. Sentiment d'influence, interprétations. Tristesse marquée, pleurs, insomnie. Tentative de suicide. Traitée depuis longtemps sans succès pour sciatique tenace (cyanure de mercure entre autres).

Examen du sang : urée : 0 gr. 20.

Cholestérimie : 1 gr. 84.

Réactions de Hecht et B. W. très faiblement positives.

L. C. R. : taux des chlorures : normal.

Pas de B. K.

Ni lymphocytose ni polynucléose.

Internée le 16 février 1939 à Clermont.

9 mars 1939 : Traitement : Psychobiasés d'or 1/16 d'unité trois fois par semaine.

27 mars : Après la 6^e injection, amélioration sensible ; la malade est moins déprimée, converse plus facilement, s'alimente mieux.

9 avril : Amélioration sensible et progressive. A noter la diminution parallèle des douleurs de sciatique, puis leur disparition.

Juin : Elle peut être considérée comme guérie.

Mme Marthe Me..., 47 ans.

Dépression mélancolique avec anxiété. Bradypsychie, subconfusion. Plusieurs tentatives de suicide. Tentative d'homicide nécessitant l'internement à Clermont.

Examens du sang, du L. C. R. et des urines négatifs.

Traitée par des Psychobiasés d'or 1/16 d'unité trois fois par semaine.

Au bout de trois mois, la malade qui a renouvelé ses tentatives de suicide dans le service est complètement réintégrée et sort guérie.

Elle a continué au dehors son traitement, une injection par semaine à titre prophylactique.

3) ARSENIC.

Mme Julia Va..., 34 ans.

Elat dépressif avec anxiété sans bradypsychie, vagues idées de persécution, hallucinations auditives, négativisme.

Internée à Clermont.

3 mars 1939 : Traitée par des Psychobiases d'arsenic à raison de trois injections par semaine.

A partir de la 6^e injection, la malade est moins triste, moins anxieuse et n'extériorise plus d'idées délirantes ni de troubles psycho-sensoriels.

20 avril : Amélioration nette. Augmentation du poids.

15 juin : La malade peut être considérée comme guérie.

Mme Lucie Cl..., 52 ans.

Dépression mélancolique avec anxiété, tristesse, pleurs, sentiment d'incurabilité, idées de suicide.

Début en février 1938.

Internée à Clermont-de-l'Oise le 2 mai 1938.

17 juin 38 : Début du traitement par des injections des Psychobiases d'or véhiculées dans du Perglandène hépatique, trois injections par semaine.

Ce traitement n'amène qu'une amélioration partielle ; la malade a recouvré une certaine activité, elle est moins anxieuse, mais reste triste et toujours convaincue qu'elle ne guérira pas.

17 septembre 38 : Le traitement est alors modifié ; les psychobiases d'or sont remplacées par des psychobiases d'arsenic. Dès la 5^e injection, l'ensemble du syndrome est à ce point modifié que la malade peut sortir pour continuer chez elle le traitement.

Cette observation souligne bien l'électivité des réactifs or ou arsenic sur certains troubles et montre en même temps l'intérêt de ces traitements spécifiques.

4) SÉRUM ÉPIVECTEUR

Mlle Andrée P..., 32 ans.

Excitation maniaque, fuite des idées, associations par assonances, euphorie, propos sans suite, graphorée, idées délirantes vagues et polymorphes, désordre des actes.

Un accès antérieur trois ans auparavant.

Internée à Clermont.

16 novembre 1938 : Traitée par des injections intra-veineuses de sérum soufré, dilué dans du sérum physiologique, trois fois par semaine.

Dès la 4^e injection, l'agitation a disparu, l'amélioration est notable et le sérum soufré est remplacé par des injections intra-musculaires de psychobiasés de soufre.

La malade garde cependant une attitude dédaigneuse et moqueuse et continue à écrire beaucoup.

Peu à peu ces troubles disparaissent à leur tour. En trois mois la malade est complètement réintégrée et en état de sortir de la maison de santé.

Mlle Raymonde G..., 14 ans.

Hébéphrénocatatonie avec périodes d'excitation. Maniérisme. Propos sans suite. Bizarreries. Petits actes absurdes. Hérité chargée. Non réglée.

B. W. négatif dans le sang.

Examen d'urines : Absence de sucre et d'albumine.

Présence d'acétone.

Poids : 38 kilos.

Internement à Clermont.

19 novembre 38 : première injection de sérum épivecteur de soufre pur, 6 cc. par voie intra-veineuse, renouvelée trois fois par semaine.

Dès la 4^e injection, l'acétonurie disparaît.

16 décembre 38 : 13^e injection. L'amélioration s'affirme ; la petite malade reste calme, gentille ; elle s'occupe à tricoter et s'intéresse à sa famille.

30 décembre 38 : Courte rechute pendant quelques jours avec excitation, logorrhée, désordre des actes.

15 janvier 39 : De nouveau la malade est calme et raisonnable.

23 janvier 39 : Très améliorée, la jeune malade est gardée en observation.

Augmentation de poids de 8 kilos.

27 avril : Elle peut sortir de l'hôpital psychiatrique.

Mme Ia..., 32 ans (Service de M. le Docteur Briau).

Excitation maniaque. Propos incohérents, fuite des idées, vociférations, cris, chants, menaces, désordre des actes, violences nécessitant la contention, gâtisme, insomnie.

28 avril 39 : Reçoit une première injection intra-veineuse de sérum épivecteur de soufre diluée au tiers. Cette injection est suivie d'un crochet fébrile à 38°2.

30 avril : 2^e injection.

2 mai : 3^e injection suivie d'une modification nette. La malade est beaucoup plus calme et peut être décamisolée.

Le 12 mai, le traitement est suspendu, ce qui provoque rapidement une rechute de l'agitation : bris de vitres et gâtisme.

1^{er} juin : Reprise du traitement.

10 juin : A nouveau la malade est transformée ; beaucoup plus calme, elle se promène dans le parc et ne présente plus qu'une excitation légère et intermittente. Disparition du gâtisme. Les injections intra-veineuses sont continuées.

Après une courte phase de dépression légère, la malade sort très améliorée le 18 juillet 39.

Nous avons pu observer dans le service un grand nombre de cas semblables. Nous nous sommes bornés à choisir quelques-uns parmi ceux qui nous ont paru les plus intéressants et les plus suggestifs, mais nous pouvons dire qu'il n'est presque pas de malades qui n'aient retiré un bénéfice quelconque d'ordre mental ou d'ordre physique de cette thérapeutique judicieusement employée.

Les « psychobiasés » employées sur une large échelle, ont donné des résultats d'ensemble très satisfaisants, mais les plus beaux ont été enregistrés par le *sérum épivecteur* dont l'emploi est malheureusement restreint par l'impossibilité matérielle d'en réunir des quantités suffisantes.

CONCLUSIONS

Il existe donc à l'heure actuelle des thérapeutiques agissantes en psychiâtrie. Nous avons étudié, sans prétendre être complets, trois des principales et nous avons vu l'intérêt de l'insuline, du cardiazol et du sérum humain épivecteur. Les résultats obtenus par ces différentes méthodes plaident en leur faveur. Il existe encore certes d'autres modes de traitement qui s'attaquent soit aux mêmes syndromes, soit à d'autres syndromes que nous n'avons pas envisagés.

C'est dire que le médecin aliéniste possède un arsenal thérapeutique dans lequel il peut choisir et que rien ne justifie plus aujourd'hui la politique de l'attente bras croisés. Le psychiatre n'est plus le garde-malade qui, ayant posé de savants diagnostics, se contentait de distribuer les calmants et les bonnes paroles, de protéger ses malades de la faim, de la maladie intercurrente et des rigueurs de l'hiver et pour le reste s'en remettait au temps et à la fortune. Il cherche aujourd'hui à défricher le vaste champ qui lui est offert, celui de la thérapeutique.

La médecine psychiatrique s'est engagée dans sa vraie voie qui est de chercher à guérir et ses pas s'y font chaque jour plus assurés.

Vu : le Doyen de la Faculté,
TIFFENEAU.

Vu : le Président de thèse,
LAIGNEL-LAVASTINE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDERSEN. — L'insulinothérapie dans la démence précoce (*Comptes rendus du Congrès de Bruxelles*).
- H. CLAUDE et RUBENOVITCH. — Traitement de la schizophrénie par le choc insulinique (*Annales médico-psychologiques*; novembre 1936).
- P. COURBON et ASSUAD. — Insulinothérapie comatogène et cardiazolthérapie convulsivante (*Annales médico-psychologiques*, mai 1939).
- M. DESRUELLES et R. CHOPLIN. — La pratique et les difficultés de l'insulinothérapie et de la convulsivothérapie dans les hôpitaux psychiatriques (*L'Aliéniste français*, mars 1939).
- P. DOUSSINET et EL JACOB. — Un traitement de grande activité dans la psychose périodique : le sérum humain épivecteur (*Annales médico-psychologiques*, octobre 1937).
- Préparations infinitésimales en pratique psychiatrique (*Extrait des comptes rendus du Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes*, Bâle-Zurich, 20-25 juillet 1936).
- H. EY et D. COLOMB. — Contribution à la physiothérapie motrice du choc insulinique (*Annales médico-psychologiques*, mai 1939).

- F. GORRITTI. — Vistos previas sobre terapeutica infinitesimal en la psiquiatria (*La Semana Medica*, 1934, n° 34).
- EL. JACOB. — Orientations thérapeutiques actuelles en psychiatrie. Avril 1939.
- M. HYVERT. — Sels d'or et cardiazol (*Annales médico-psychologiques*, mai 1939).
- LAIGNEL-LAVASTINE, GALLOT et PICHARD. — Le cardiazol en thérapeutique psychiatrique. — Expérimentation et essai clinique de 17 mois (*Annales médico-psychologiques*, mai 1939).
- MAIER. — La thérapeutique des psychoses dites fonctionnelles (*Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française*, juillet 1936).
- SAKEL. — Neue Behandlungsmethode der Schizophrenie (M. PERLES, Wien, 1935).
- Zur Methodik der Hypoplyklamiebehandlung von Psychosen (*Wien. Klin. Woch.*, 1936, n° 42).
- VON MEDUNA. — Le Terapia della convulsione nella Schizophrenia (*Archives générales de neuro-psychiâtrie e Psychoan.*, 1936, volume XVII).
-

Imp. spéciale de la Librairie Le François, 91, bd St-Germain, Paris.
